

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes mellitus di bangsal gladiol atas RSUD Sukoharjo. Dalam bab ini . penulis akan membahas meliputi segi pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan mengenai kasus yang penulis angkat.

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama yang penulis lakukan di dalam proses perawatan. Pengkajian ini melalui pengkajian pola fungsional menurut Gordon, pemeriksaan fisik dengan metode head to toe, dan pengumpulan informasi atau data – data ini diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien, melakukan observasi, catatan keperawatan, dan pemeriksaan fisik.

Menurut NANDA (2012 - 2014) tanda gejala yang dapat muncul pada pasien Ulkus Diabetes Melitus yaitu pola eliminasi terutama pada pola BAK malam hari lebih sering, gula darah di atas normal dengan rentan normal (80 – 100 g/ dL), terdapat perlukaan, panjang x lebar x kedalaman luka tersebut, terjadi infeksi atau tidak. Berdasarkan hal tersebut penulismelakukan pengkajian tidak berbeda jauh jika dibandingkan dengan tinjauan teori yang ada. Hanya saja saat dilakukan pengkajian pola BAK pasien sudah mulai normal dan maksimal hanya satu kali terbangun untuk BAK pada malam hari.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinik yang diberikan kepada pasien mengenai respon individu untuk menjaga penurunan kesehatan, status, dan mencegah serta merubah. (NANDA,

2011). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus menegaskan sebanyak tiga diagnosa dan ada dua diagnose yang tidak penulis tegakkan.

1. Diagnosa yang muncul

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, penulis menegaskan diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan. Menurut NANDA (2013), nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentang waktu nyeri kurang lebih setengah tahun dengan skala yang berbeda –beda. Penulis menegaskan diagnosa ini karena pasien post debridement hari pertama dengan skala nyeri 5 (0 - 10).

Diagnosa kedua yang muncul yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan post debridement ulkus dm. kerusakan integritas kulit merupakan kerusakan yang terjadi pada jaringan kulit dan dapat meningkat dari epidermis sampai jaringan subkutan jika tidak dilakukan perawatan secara multidisiplin (Sunaryo, 2011). Alasan penulis menegaskan kerusakan integritas kulit ini karena tindakan debridement dilakukan dengan pengangkatan jaringan mati pada luka ulkus dan otomasi dilakukan berupa sayatan untuk menghilangkan bagian jaringan mati tersebut dan hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Sunaryo, 2011.

Diagnosa ketiga yang muncul pada pasien yaitu resiko infeksi berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus. Infeksi merupakan salah satu penyulit pembedahan yang sering ditemui dalam praktek setiap waktu, dimana infeksi luka dapat terbatas, menyebar atau sepsis, pada insisi pembedahan. Diagnosa ketiga ini penulis munculkan karena pasien post debridement hari pertama dan luka ulkus yang rentang dengan bakteri patologi yang mampu menyebabkan timbulnya infeksi. (Dexa Media, 2007).

Berdasarkan hal di atas ,diagnosa yang muncul ada tiga dan untuk diagnosa kedua dan ketiga overlap, dimana hanya memerlukan diagnosa yang ketiganya saja karena ketiga diagnose ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan post debridement ulkus dm teratasi maka diagnose kedua yang merupakan kerusakan integritas kulit juga akan teratasi, seharusnya diagnosa yang perlu muncul adalah kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi mengenai penyakit kronis yang diderita. Karena hal ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan kepada pasien supaya mengetahui tanda gejala infeksi, keterbukaan dalam mendapatkan perawatan, dan lain sebagainya. Namun penulis tidak memunculkan diagnosa ini dikarenakan data – data yang tidak begitu kuat untuk menegaskan diagnosa ini.

2. Diagnosa yang tidak muncul

Pada kasus pasien post debridement ulkus diabetes melitus, penulis tidak memunculkan diagnosa sesuai dengan tinjauan teori dikarenakan data yang diperoleh tidak menunjukkan adanya tanda – tanda yang mendukung diagnosa ini dimunculkan. Diagnose yang tidak muncul pada kasus ini antara lain :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut pada kaki . Mobilitas fisik merupakan kemampuan seorang individu dalam menjalani aktifitas secara maksimal atau keterbatasan pergerakan fisik secara mandiri oleh seseorang (Carpenito, 2006). Diagnosa ini tidak penulis tegakkan karena pasien mampu melakukan aktifitas secara normal, mampu berjalan, duduk, bangun dari tempat tidur secara mandiri terkadang juga dibantu keluarga untuk memegangi saja.
- b. Diagnosa kedua yang tidak penulis munculkan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan penurunan berat badan (Nanda, 2013). Ketidakstabilan glukosa dalam darah merupakan kenaikan glukosa dalam darah karena

glukosa tidak mampu masuk kedalam sel jadi mengganggu kestabilan kadar glukosa dalam darah. Untuk mengatasi ketidakstabilan glukosa dalam darah penulis memberikan terapi insulin Novorapid. Dalam pemberian terapi insulin Novorapid harus diperhatikan 5 benar pemberian obat antara lain ; benar obat, benar dosis, benar pasien, benar waktu, benar

C. Perencanaan

Menurut UU perawat No. 38 Th. 2014, perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Perencanaan menurut Nanda (2013) pada kasus asuhan debridement ulkus diabetes melitus dilakukan perdiagnosa. Diagnosa yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa pertama ini yaitu mempertahankan tirah baring dan posisi nyaman, mengkaji nyeri dengan metode PQRST, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, memonitor tanda – tanda vital untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien, melakukan kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri. Berdasarkan perencanaan tersebut penulis juga melakukan perencanaan yang tidak jauh berbeda dengan tinjauan teori yang tersebut.

Diagnosa kedua, dalam perencanaannya menurut Nanda (2013) adalah menganjurkan pasien memakai pakaian longgar untuk mencegah udara supaya tidak lembab, menghindari kerutan di tempat tidur, menjaga kebersihan kulit, dan sebagainya. Berdasarkan hal tersebut penulis melakukan perencanaan dalam diagnosa ini juga sesuai karena untuk memaksimalkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Perencanaan untuk diagnosa terakhir yaitu resiko infeksi berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus meliputi perawatan luka secara steril, melakukan pemberian terapi untuk mencegah

infeksi, mengobservasi pasien bebas dari tanda gejala infeksi, serta menunjukkan perilaku hidup sehat dimana semua perencanaan tersebut terdapat pada Nanda (2013), dan penulis melakukannya sesuai dengan anjuran.

Dari ketiga perencanaan keperawatan untuk tiga diagnosa yang ditegaskan, penulis melakukan perencanaan yang tidak jauh beda dari masing – masing diagnosa. Dimana dari masing diagnose mempunyai kriteria hasil yang berbeda – beda. (Sunaryo, 2011).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya (Nanda 2012). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien dalam implementasi dengan masing – masing diagnosa.

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan. Pada diagnosa ini penulis selama 3 kali 24jam melakukan pengkajian nyeri menggunakan metode PQRSST, dan respon pasien secara subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya karena menjalani tindakan debridement ulkus diabetes melitus P : luka post operasi, Q : seperti ditusuk – tusuk, R : kaki kanan bawah, S : skala 5 (0 – 10),T : hilang timbul, respon obyektifnya adalah ekspresi pasien tampak menahan nyeri. Tujuan dilakukannya pengkajian nyeri yaitu untuk mengetahui tindakan perawatan selanjutnya untuk pasien. Dan untuk mengurangi nyeri penulis memberikan terapi ketorolak 1 ampul karena dalam 1 ml ketorolak mengandung 10 mg *ketorolak tromethamine* yang berfungsi untuk meringankan rasa sakit pasca operasi. Durasi pemberian ketorolak kurang lebih lima hari dan dimasukkan dengan cara intravena melalui jalur selang infus secara pelan – pelan serta dioplos dulu menggunakan aquabidest untuk mengurangi nyeri obat saat dimasukkan (Dexa Medica, 2009), pemberian larutan infuse ringer laktat (RL) yang berfungsi untuk suplai air karena mengandung 400

kcal/ liter, dimasukkan dengan cara intravena lewat selang infuse 20 tetes per menit. Untuk diagnosa pertama penulis juga mengajarkan kepada pasien cara relaksasi napas dalam dengan respon subyektif pasien mengatakan lebih nyaman setelah melakukan latihan napas dalam, dan data obyektifnya diperoleh data pasien tampak lebih rileks, pasien antusias saat dilatih teknik relaksasi napas dalam. Pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam bertujuan untuk merelaksasikan pasien dalam kondisi yang lebih nyaman dan mengalihkan pikiran pasien dari nyeri untuk fokus terhadap napas dalamnya (Nanda, 2012 - 2014).

Monitoring tanda – tanda vital pada pasien untuk implementasi diagnosa pertama, tujuan dilakukannya monitoring tanda – tanda vital ini yaitu untuk mengetahui tingkat kesehatan dari pasien dan mengetahui perkembangan kesehatan pasien. Dari tindakan implementasi ini diperoleh data tanda – tanda vital sebagai berikut TD : 110/ 80 mmHg, Nadi 84 kali / menit, suhu 36, 4°C, pernapasan 20 kali / menit.

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus. Selama 3 kali 24 jam penulis melakukan implementasi untuk mengatasi masalah kerusakan integritas kulit dari tanggal 15 April 2015 s/d 17 April 2015, tindakan yang dilakukan antara lain melakukan mobilisasi pasien atau mengubah posisi pasien contohnya miring kanan, miring kiri yang bertujuan untuk menghindari tekanan pada daerah kulit terlalu lama yang bisa menimbulkan kemerahan, respon pasien saat dilakukan tindakan pasien mengatakan biasanya juga melakukan hal itu karena kalau tidak memiringkan badannya bergantian pinggangnya pegal – pegal sedangkan untuk respon obyektifnya pasien mandiri saat melakukan mobilisasi tirah baring, implementasi yang kedua yaitu melakukan pemberian terapi insulin respon pasien secara subyektif yaitu pasien mengatakan bahwa saat obat dimasukkan tidak begitu terasa sakit karena sudah terbiasa.

Pemberian terapi novorapid sebenarnya lebih tepat untuk diagnosa ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan penurunan berat badan, akan tetapi pemberian terapi novorapid juga mendukung kesembuhan kerusakan integritas kulit selain perawatan yang multidisiplin karena berhubungan dengan gula darah yang normal. Untuk data obyektifnya pasien mendapatkan terapi Novorapid 6 unit , melalui SC diusap menggunakan alkohol swab sebelum obat dimasukkan untuk menjaga obat masuk dengan cara steril.

Pasien diberikan terapi Novorapid, karena dalam novorapid mengandung insulin aspart yang diindikasikan untuk penderita tipe 1 dan dua sedangkan pasien pada kasus penulis ini adalah penderita diabetes melitus tipe 2. Biasanya novorapid ini diberikan segera sebelum pasien makan atau bisa juga setelah makan. Novorapid merupakan insulin kerja cepat setelah makanan masuk ke dalam tubuh Fungsi dari pemberian novorapid ini yaitu untuk memperlambat absorpsi makanan dan untuk meningkatkan kebutuhan insulin yang harus diimbangi dengan pengurangan aktifitas yang berlebih, pengurangan jadwal makan. Tindakan selanjutnya yaitu melakukan teknik perawatan luka dengan prinsip steril, data subyektif yang didapatkan dari pasien yaitu pasien mengatakan bahwa balutan lukanya rembes, berbau, dan masih nyeri, data obyektifnya antara lain pasien mengalami post debridement ulkus diabetes melitus hari kedua, luka rembes ke balutan luka, dilakukan perawatan luka atau medikasi dengan prinsip steril, menggunakan alat – alat yang sebelumnya sudah disterilkan, menggunakan larutan NaCl untuk membersihkan luka yang berfungsi untuk resusitasi dan dibersihkan sampai dengan luka terlihat kemerahan, pemberian metronidazole 5 ml untuk mencegah terjadinya infeksi kemudian ditutup kembali menggunakan kassa steril dan dibalut agar kasa mampu menutup luka dengan rapat, tidak boleh terluakencang. Saat penutupan luka seluruh bagian luka harus tertutupi. Berdasarkan hal – hal di atas penulis melakukan

implementasi sesuai dengan tinjauan teori yang ada menurut Nanda (2013).

3. Resiko infeksi berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus. Pada diagnosa ini penulis melakukan asuhan keperawatan juga selama 3 kali 24 jam untuk mengatasi masalah resiko infeksi. Hal yang pertama penulis lakukan untuk mencegah infeksi yaitu memberikan terapi dan saat dilakukan tindakan diperoleh data subyektif antara lain pasien mengatakan jika setelah diberikan obat badannya lebih enak karena pasien ingin segera sembuh, sedangkan data obyektifnya pasien tampak meringis sesaat obat dimasukkan, pasien mendapatkan Injeksi Ceftriaxone 2 gram, infuse metronidazole 500mg/100ml, dan injeksi Omeprazole, 42,6 mg. Kegunaan masing – masing obat ini secara umum yaitu untuk mengurangi dan mencegah terjadinya infeksi pada luka insisi pembedahan. Dan kegunaan khususnya yang pertama dalam ceftriaxone 2 gram, pasien mendapatkan 2 vial ceftriaxone yang berjumlah 2 gram dan diencerkan menggunakan aquabidest 10 ml, ceftriaxone memang diindikasikan bagi penderita ulkus diabetik, diberikan secara intravena/ IV, lamanya pengobatan harus selama 24 – 72 jam setelah suhu panas berkurang pada tubuh pasien (Dexa Medica, 2009). Selanjutnya untuk pemberian metronidazole, dalam metronidazole 100 ml terdapat metronidazole 500mg yang berfungsi untuk melawan bakteri udara, bakteri anaerob, dan bakteri yang hipersensitiv terhadap mtronidazole seperti fusobakteria, Eubakteria, fungsi yang lain yaitu untuk mencegahinfeksi setelah pembedahan yang disebabkan oleh kuman anaerob.

Omeprazole pada tiap mlnya mengandung omeprazole sodium 42, 6 mg yang berfungsi untuk untuk mengurangi asam lambung dengan menghambat secara spesifik sekresi lambung (Dexa Medica, 2009). Tindakan selanjutnya untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus yaitu penulis

melakukan perawatan luka, dengan respon sunyehtid pasien yaitu pasien mengatakan bahwa luka pada kakinya masih terasa perih, berbau, tapi selalu dijaga kebersihannya agar tidak dihindangi hewan seperti lalat, data obyektif yang diperoleh pasien tampak relaks dengan keadaannya, terkadang ekspresi menahan nyeri saat dilakukan perawatan luka, dan saat disiram dengan larutan NaCl, perawatan luka dilakukan secara steril untuk mencegah infeksi dari bakteri anaerob dan mempercepat penyembuhan. Pada hal ini tindakan perawatan luka hampir sama dengan tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kerusakan integritas kulit.

Tindakan berikutnya yaitu melakukan inspeksi kondisi luka/ insisi bedah, data yang didapatkan penulis dari pasien adalah data obyektif pasien mengatakan bahwa tidak berani melihat luka pada kakinya karena takut jika setelahnya malah tidak mau menggerakkan kakinya. Data obyektifnya yaitu luka pada ulkus pasien tampak kemerahan, luka menyeluruh dipermukaan kaki dan kedalaman luka 2 s/d 3 cm, luka ditimbulkan karena post debridement. tujuan dilakukannya inspeksi luka yaitu untuk mengetahui perkembangan kondisi luka dan mencegah tanda gejala infeksi muncul.

E. Evaluasi

Menurut Mareelli, 2007 evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari tahap – tahap proses keperawatan untuk mengetahui apakah masalah – masalah keperawatan yang muncul pada kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus teratasi atau tidak dan untuk membandingkan antara yang sistematis dengan yang terencana berkaitan dengan fasilitas yang tersedia.

Berdasarkan hal tersebut penulis melakukan evaluasi keperawatan pada kasus ini antara lain :

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan

Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah nyeri akut dapat teratasi.

Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Dan evaluasi keperawatan yang diperoleh penulis dari asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 kali 24 jam yaitu masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien mengatakan masih merasakan nyeri walaupun hilang timbul dan skala nyeri berkurang menjadi 4 (0 - 10), untuk mengatasi masalah nyeri akut harus melanjutkan intervensi keperawatan antara lain melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, dan pemberian terapi analgetik, namun penulis tidak dapat melakukan perawatan secara berlanjut karena keterbatasan waktu yang telah diberikan. Dalam hal ini belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis dimana pasien terlihat relaks, nyeri hilang atau berkurang dengan implementasi – implementasi yang dilakukan oleh penulis.

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus.

Evaluasi yang didapatkan untuk diagnosa ini yaitu masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi karena menurut Sunaryo (2011), proses penyembuhan untuk ulkus diabetes melitus kurang lebih enam bulan. Kondisi luka pada kaki pasien luka terlihat kemerahan, tidak ada oedem dan pasien masih harus mendapatkan terapi insulin lagi. Masalah kerusakan integritas kulit blum teratasi jadi evaluasi tidak sesuai yang diharapkan penulis dimana perkembangan atau perbaikan kulit pasien lebih baik, luka sembuh dengan kriteria yang ditentukan, menunjukkan proses penyembuhan luka.

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui setelah dilakukan tindakan untuk mengatasi kerusakan integritas kulit tersebut tercapai atau tidak dan perlu atau tidaknya melanjutkan intervensi.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus.

Berdasarkan kriteria evaluasi yang telah dijelaskan pada tinjauan teori dimana pasien bebas dari tanda gejala infeksi, jumlah lksit dalam batas normal, pasien menunjukkan perilaku hidup sehat. Dari hal tersebut dapat diperoleh evaluasi keperawatan untuk diagnose ini bahwa masalah resiko infeksi belum teratasi sebagian dengan upaya perawatan luka dengan prinsip steril dan pemberian terapi antibiotik. Dalam hal ini penulis melakukan asuhan keperawatan untuk mengatasi diagnose ini selama 3 kali 24 jam yang sekirang belum cukup untuk mencapai kriteria hasil menurut Nanda (2013).